



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav ošetřovatelství

**Eliška Taitlová**

**Ošetřovatelská péče o pacienta s karcinomem  
prostaty**

*Nursing care of patient with prostate cancer*

*Bakalářská práce*

Praha, 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že zde předloženou práci jsem vypracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům. Zároveň prohlašuji, že tištěná verze práce je totožná s odevzdanou verzí elektronickou.

V Praze dne 31. 5. 2010

Eliška Taitlová

---

## **Poděkování**

Ráda bych zde poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové a MUDr. Zdeňku Otavovi za cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování bakalářské práce.

# Obsah

<b>OBSAH .....</b>	<b>4</b>
<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>6</b>
<b>2. KLINICKÁ ČÁST .....</b>	<b>7</b>
2. 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE PŘEDSTOJNÉ ŽLÁZY-PROSTATY.....	7
2. 2 ETIOLOGIE A EPIDEMIOLOGIE KARCINOMU PROSTATY .....	8
2. 3 SCREENING A DIAGNOSTICKÁ VYŠETŘENÍ.....	9
2. 4 HISTOPATOLOGIE .....	111
2. 5 KLINICKÉ PROJEVY .....	111
2. 6 MOŽNOSTI LÉČBY .....	12
2. 6. 1 Stupně léčby:.....	122
2. 6. 2 Chirurgická léčba:.....	122
2. 6. 3 Radioterapie:.....	133
2. 6. 4 Hormonální terapie:.....	133
2. 6. 5 Chemoterapie:.....	14
2. 6. 6 Bisfosfonáty:.....	14
2. 6. 7 Prognóza .....	14
<b>3. ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI .....</b>	<b>15</b>
3.1 ANAMNÉZA.....	15
3. 2 STAV PŘI PŘIJETÍ.....	16
3.3 FARMAKOTERAPIE.....	17
<b>4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST .....</b>	<b>21</b>
4.1 PALIATIVNÍ LÉČBA A HOSPICOVÁ PÉČE.....	21
4. 2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES .....	233
4. 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE DLE VIRGINIE HENDERSONOVÉ.....	233
4. 4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA .....	24
4. 5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ .....	30
4.6 DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE.....	39
4.7 PSYCHOLOGICKÉ ZHODNOCENÍ PACIENTA .....	40

4.8 EDUKACE PACIENTA A JEHO RODINY .....	41
5. ZÁVĚR.....	42
6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	43
7. ABECEDNÍ SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	46
8. SEZNAM PŘÍLOH.....	48

# 1. Úvod

Již delší dobu se zajímám o problematiku pacientů nevléčitelně nemocných a umírajících, a to zejména v kontextu paliativní medicíny a hospicové péče. Právě z tohoto důvodu jsem si vybrala ke zpracování případové studie pacienta s onemocněním v pokročilém stadiu, pro nějž kurativní medicína již vyčerpala všechny své možnosti a pro kterého se ideálním řešením stala paliativní péče poskytovaná v hospicovém lůžkovém zařízení.

V této práci nejprve uvádím anatomii a fyziologii předstojné žlázy/prostaty, dále patofyziologický podklad karcinomu prostaty, možnosti diagnostiky a léčby a základní data pacienta, to vše v klinické části práce.

V ošetrovatelské části se zabývám myšlenkou paliativní medicíny a specifiky hospicové péče, podle níž byl u pacienta veden celý ošetrovatelský proces.

V rámci sestavování plánu péče jsem se zaměřila na vyhledání aktuálních i potenciálních problémů pacienta a na jejich efektivní řešení. Seřadila jsem ošetrovatelské problémy/diagnózy dle priority. U každé diagnózy jsem si určila cíl, kterého by mělo být reálně dosaženo a podle toho určila i vhodné ošetrovatelské intervence.

Na závěr jsem celý proces zhodnotila a výsledek zapsala. Ošetrovatelskou část uzavírá psychologické zhodnocení pacienta a edukace. V úplném závěru práce je uveden seznam použité literatury a dalších pramenů, zkratek a také několik příloh.

## 2. Klinická část

### 2.1 Anatomie a fyziologie předstojné žlázy-prostaty

Prostata je svalově žláznatý orgán, u mladých zdravých mužů dosahující velikosti jedlého kaštanu, jenž pod spodinou močového měchýře obklopuje uretru. Je tvořena hladkou svalovinou, vazivovým stromatem a tuboalveolárními žlázkami, produkujícími sekret, který je součástí ejakulátu. Prostatou prochází močová trubice a ductus ejaculatorii. Je uložena hluboko v malé pánvi. Shora je do ní zanořeno hrdlo močového měchýře, přední plocha je obrácena ke stydké sponě. Zadní plocha je přivrácena ke konečníku, od kterého je oddělena vazivovou ploténkou. Boční stěny se dotýkají m. levator ani a apex naléhá na diaphragma urogenitale. Prostata je obklopena vazivovým pouzdrém a žilní pletení. Prostatické pouzdro je spojeno s viscerální pánevní facií, ke stydké sponě ji fixují ligamenta puboprostatica.

Arteriální zásobení je zajištěno a. vesicalis inferior, a. rectalis media a větvemi a. pudenda interna. Dohromady tvoří síť a vstupují dovnitř žlázy, cévy pravé a levé strany nejsou propojeny. Žilní pleteň plexus venosus prostaticus je zanořena mezi vazivové obaly, krev z nich odtéká do v. iliaca interna. Mízní cévy následují ty krevní, odvádějí mízu do nodi lymphatici iliaci a sacrales. Prostata je bohatě inervována, na jejím povrchu je rozprostřen plexus prostaticus, který obsahuje také gangliové buňky.

Z histologicko-anatomického pohledu lze prostatu rozdělit do 3 zón. Nejobjemnější část je tvořena periferní zónou. Ta obsahuje dlouhé a rozvětvené hlavní žlázy, které produkují největší část sekretu. Centrální zóna zabírá asi 25% objemu prostaty, zbytek je tvořen tzv. tranzitorní zónou a periuretrálními žlázami. Žlázy jsou vystlány jednořadým až víceřadým epitelem, jehož stav závisí na věku a hormonálním stavu. V přední části prostaty ve střední čáře chybí žlázy, je zde pouze hladká svalovina a vazivo. Svalovina prostaty se při orgasmu smršťuje a vypuzuje tak sekret do uretry, kde se stává součástí ejakulátu, zároveň se

kontrahuje m.sphincter urethrae internus, tyto mechanismy společně brání vniku ejakulátu do močového měchýře.

Prostatický sekret tvořený žlázami činí až 30% objemu ejakulátu a má vliv na motilitu spermií.

Ve vyšším věku tranzitorní zóna zbytnuje a tím zužuje prostatický úsek uretry, což s sebou přináší problémy s močením až nemožnost močit. Ze žláz periferní prostaty se nejčastěji vyvíjí karcinom. (1)

## **2. 2 Etiologie a epidemiologie karcinomu prostaty**

Karcinom prostaty tvoří asi 4 % ze všech nádorových onemocnění.(2) V evropských zemích představuje 13% všech karcinomů mužské populace a v 9% bývá příčinou úmrtí. V roce 1989 bylo v ČR nahlášeno 1600 nových případů (3) oproti roku 2005, kdy bylo hlášeno již okolo 4900 nově zachycených onemocnění. (23) Z pitevních nálezů však vyplývá, že 90 % nádorů se klinicky za života neprojeví a zůstává nedagnostikováno. Incidence onemocnění stoupá, od počátku 90. let byl v ČR zaznamenán vzestup o 60 %. (3) Zdá se, že je to způsobeno zavedením laboratorního vyšetření hladin prostatického specifického antigenu (PSA) a zvýšeným zdravotním povědomím populace. Obdobný trend byl při zavedení těchto vyšetřovacích metod ve Spojených Státech, kde byl největší nárůst incidence zaznamenán v letech 1986-1991 a předpokládá se, že jde o záchyt časnějších stadií onemocnění, předtím nedagnostikovaných. Tedy prevalence onemocnění v populaci zůstává stejná při jeho zvýšené incidenci. Tento předpoklad potvrzuje skutečnost, že se v USA incidence onemocnění po počátečním vzestupu v současné době opět vrací k původním hodnotám a stadium zachycených onemocnění karcinomem prostaty je nižší. (24) Výskyt tohoto onemocnění stoupá s věkem, nejčastěji se projeví mezi 7. a 8. dekádou života. Onemocnění před čtyřicátým rokem je vzácné, zato u mužů starších devadesáti let je prokázáno alespoň jedno ložisko karcinomu prostaty v 70 % případů. (2)

Rizikové faktory pro vznik a rozvoj onemocnění nejsou zcela jednoznačné. Na genetickém podkladě vzniká asi 9% onemocnění. Může jít o autozomálně



dominantní dědičnost s vzácnou vysoce rizikovou alelou nebo naopak jde o dědičnost vázanou na X chromozom či recesivní geny.(24) Roli v molekulárně biologických procesech vzniku karcinomu pravděpodobně hraje ztráta supresorového genu p53 nebo je přítomen onkogen Bcl-2. (3) Muž má dvojnásobné riziko vzniku karcinomu prostaty, pokud se v první linii jeho příbuzných u 1 jedince tato nemoc již vyskytla a až devítinásobné, pokud onemocněli příbuzní dva. Dále byl zjištěn pozitivní vztah mezi konzumací vysokého množství živočišných tuků a rozvojem nemoci.(4) Předpokládá se také vliv kadmia. Nelze opomenout ani vliv androgenů. Ty sice nemají přímý vztah ke vzniku onemocnění, ale u již propuklého onemocnění jeho průběh urychlují. (2)

Incidence	Zhoubný novotvar prostaty
Počet / 100 000 obyvatel (2005)	97,9
Absolutní počet nových onemocnění (2005)	4900
Podíl ze všech malignit	13,5%
Trend 1995-2005	růst
Typický věk nemocných	70-80 let
Mortalita	
Mortalita / 100 000 obyvatel (2005)	27,6
Podíl na celkové mortalitě (2005)	2,6%
Trend 1995-2005	stabilizovaný

Epidemiologické charakteristiky urologických malignit v České republice (23)

## 2. 3 Screening a diagnostická vyšetření

Časné vyhledání karcinomu prostaty je možné provádět vyšetřením prostatického specifického antigenu (PSA) v séru. Tato metoda však není zatím uznána jako metoda celoplošného screeningu, riziková skupina pro případné vyšetřování není jednoznačně definována. (2) Zvýšenou hodnotu PSA lze nalézt i u benigních hyperplazií či zánětlivých procesech na prostatě. (11)

Fyzikální vyšetření je zaměřeno na zhodnocení celkového stavu, nálezů zduření, hmatných rezistencí či tuhých uzlů zejména při digitálním vyšetření per rectum event. palpačním vyšetření břicha. U prostaty se hledá jakákoli změna povrchu, její velikosti, elasticity a symetričnosti. Hmatný uzel či tvrdá prostata svědčí o malignitě až v 50 % případů. Preventivním vyšetřením per rektum lze odhalit i zcela asymptomatický nádor. (3)

Dále se vyšetřuje kompletní krevní obraz, jaterní a renální funkce. Ze zobrazovacích metod se jako základní využívá transrektální ultrasonografie (TRUS), která je prováděna sondou s bioptickým naváděčem. Využívá se k výpočtu objemu prostaty, v některých případech přímo k odhalení nádorového ložiska. TRUS slouží zároveň k odběru bioptického materiálu pro histologické vyšetření. Předmětem intenzivního výzkumu jsou v současné době nové slibné sonografické metody s lepší schopností zobrazit patologická ložiska. Jedná se zejména o sonoelastografii a metodu s komerčním názvem HistoScanning<sup>TM</sup>, založené na postprocesingovém zpracování tzv. „surových“ dat ultrazvukového signálu odraženého z tkáně. Jedná se o data, která nejsou běžně přístrojem použita ke zobrazení tkáně v šedé škále. (25) Při stanovení stadia onemocnění a diagnostice případných metastáz se dále využívá scintigrafie kostí, která dokáže odhalit metastatický proces měsíce před jeho průkazem na RTG, dále RTG plic, ultrasonografie jater. Sonografie ledvin odhalí případné městnání moči při obstrukci močových cest. (3)

Další metody vyšetření jsou fakultativní a navazují na předchozí. Jsou to CT, NMR břicha a malé pánve, které stanoví lokální rozsah a případné postižení okolních struktur, cystoskopie. (2)

Ochranné faktory proti vzniku karcinomu prostaty (12)

Rasa	Ojedinělé u asijské rasy
Věk	Výjimečně před 50. rokem života
Hormony	Absence androgenů (např. eunuchové)
Dieta	Nízký příjem živočišných tuků, vysoký podíl rostlinné stravy

## 2. 4 Histopatologie

Většinu nádorů prostaty tvoří acinární adenokarcinomy, které vychází z epiteliálních, abnormálně a nekoordinovaně rostoucích prostatických buněk, které ztratily svou původní funkci. Nejčastěji postihují periferní zónu žlázy. (2)

Karcinomy prostaty vykazují různý stupeň diferenciac buněk, který se hodnotí dle desetistupňového Gleasonova skóre nebo třibodovou škálou dle WHO od G1 (dobře diferencovaný) až po G3 (velmi špatně diferencovaný a s nejhorší prognózou, protože čím je vyšší stupeň gradingu, tím nádor roste rychleji a je invazivnější). Dále se provádí staging onemocnění. Stagingem se rozumí vyšetřovací proces vedoucí ke stanovení rozsahu resp. stadia choroby. V Evropě se používá zejména mezinárodní TNM klasifikace, kdy T (tumor) kategorie hodnotí lokální rozsah nádoru, N kategorie postižení regionálních uzlin a M kategorie případný metastatický proces. (3)

Metastazování se děje cestou lymfatickou do uzlin pánevních příp. až paraaortálních. Cestou hematogenní se karcinom prostaty šíří zejména do kostí, typicky do osového skeletu, t.j. páteře, žeber, pánevních kostí a kalvy, kde tvoří převážně osteoplastické metastázy. Vzácné bývají metastázy do měkkých tkání (plic, jater apod.) (23)

Karcinom může být zachycen v různém stadiu progresu. Buď se jedná o lokalizovaný karcinom, který je omezen na vlastní žlázu a neprorůstá do okolí nebo jde o lokálně pokročilý karcinom, který infiltruje okolní struktury, jako např. semenné vaky či močový měchýř. Nejzávažnějším stadiem je pak generalizovaný karcinom, t.j. karcinom se vzdálenými metastázami, nejčastěji v kostech. (3)

## 2. 5 Klinické projevy

V časném stadiu onemocnění je průběh většinou asymptomatický, často bývá karcinom zachycen na podkladě elevace nádorových markerů nebo náhodně zachycen z histologického preparátu po transuretrální resekci nebo enukleaci prostaty z jiné příčiny. Později se objevují různé dysurické obtíže, jako je

nykturie, polakisurie, retence moči. U lokálně pokročilých nádorů se vyskytuje hematurie a hydronefróza. Generalizované onemocnění je zpravidla provázeno bolestmi kostí, které vznikají jako následek metastatického procesu. Bolest bývá především v oblasti zad, kyčlí a končetin. Pokud metastázy utlačují míchu či těla obratlů, dochází k parézám.

Nespecifickými příznaky jsou nechutenství, hubnutí a celková slabost. (2) Při hydronefroze mohou být projevy uremie jako svědění kůže a typický žlutobělavý nádech kůže. (26)

## **2. 6 Možnosti léčby**

Nejvhodnější způsob léčby je volen podle gradingu nádoru a stadia onemocnění, podle celkového zdravotního stavu a věku pacienta, předpokládané délky přežití (2) a preferencí plně informovaného a poučeného pacienta.

### **2. 6. 1 Stupně léčby:**

- stadium I a II -radikální chirurgické řešení nebo radioterapie, v individuálních případech, s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu nebo sexuálnímu životu, jiný postup (sledování, hormonální léčba)
- stadium III -primární radikální radioterapie, alternativně v indikovaných případech radikální chirurgické řešení, v individuálních případech, s přihlédnutím k věku a zdravotnímu stavu jiný postup (hormonální léčba)
- stadium IV hormonální léčba, v některých případech u lokálně pokročilých negeneralizovaných nádorů primární radioterapie, paliativní (desobstrukční) chirurgie a paliativní radioterapie, hormonální léčba, případně po jejím selhání chemoterapie.

(Vše zdroj 24)

### **2. 6. 2 Chirurgická léčba:**

U stadia I a II, kdy je nádor omezen na prostatu, a v některých případech u stadia III je indikována radikální prostatektomie, při větší elevaci sérových hladin nádorových markerů s předcházející pánevní lymfadenektomií. Častými

pooperačními komplikacemi bývají erektilní dysfunkce a částečná nebo vzácněji úplná inkontinence moči. V současné době se daří problém inkontinence úspěšně řešen pomocí silikonového slingu s měkkým polštářkem, který je při operaci vložen pod bulbární uretru (tzv. Argus Adjustable Male Sling) a má schopnost měkkého tlaku na bulbární uretru. (27) Transuretrální resekci prostaty lze využít v rámci paliativní léčby pro odstranění obstrukce v močových cestách při nedostatečném nebo nedostatečně rychlém efektu ostatních metod léčby. Paliativně se používají i některé způsoby derivace moči (zavádění ureterálních stentů, punkční nefrostomie). (24)

### **2. 6. 3 Radioterapie:**

Jako primární radikální léčba bývá nejčastěji použita zevní radioterapie cílená na oblast prostaty nebo na celou malou pánev. K minimalizaci nežádoucího ozáření tkání mimo cílový objem pomáhají moderní metody zevního záření jako je 3D konformní radioterapie nebo IMRT. (26) Lokalizované nádory I. a II. stadia bývají ozářeny dávkou 60-70 Gy. Alternativou může být na zavedených pracovištích brachyradioterapie (zavedení zářiče přímo do prostaty do těsné blízkosti místa nádoru). V paliativní medicíně je využíváno radioterapie k ozařování kostních metastáz, kde mívá velmi dobrý efekt. (2)

### **2. 6. 4 Hormonální terapie:**

Karcinom prostaty je hormonálně dependentní nádor, na jehož růst mají androgeny významný akcelerační účinek. Léčba hormony je určena především pro nádory metastazující. Dále se využívá jako adjuvantní léčba u jiných léčebných modalit, případně po selhání jiné léčby. Hormonální léčba je chirurgická, medikamentózní nebo kombinovaná. Chirurgickou hormonální léčbou se rozumí orchiektomie, při níž jsou odstraněna varlata a tím i zdroj 90% testosteronu. V medikamentózní hormonální terapii rozlišujeme antiandrogenní monoterapii, při níž se používají centrální a některé moderní periferně působící antiandrogeny. Dalším způsobem hormonální manipulace je tzv. chemická kastrace, která se podáváním superaktivních agonistů gonadoliberinů v depotních přípravcích. Nověji se zkouší i antagonisté gonadoliberinů. Psychologicky je tato léčba pacientem lépe snášena než chirurgická kastrace. Orchiektomií i agonisty

lze kombinovat s antiandrogeny. Hovoří se o tzv. maximální nebo totální androgenní blokádě (MAB nebo TAB) . Nejsou však jednoznačně dostatečné důkazy o tom, že by tento způsob léčby byl výhodnější než monoterapie. (23)

### **2. 6. 5 Chemoterapie:**

Je vyhrazena pro léčbu pokročilých stadií onemocnění, jež jsou rezistentní vůči hormonální terapii. Uplatňují se cytostatika Mitoxantron, Docetaxel, Vinorelbin. Dále se v některých případech ještě stále používá Estramustin fosfát, který má kombinovaný hormonální a chemoterapeutický účinek. (2)

### **2. 6. 6 Bisfosfonáty:**

Léky z této skupiny brzdí osteolýzu zdravé kosti a tím zpomalují růst osteoplastických metastáz. Lze je využít v paliativní léčbě pro úlevu od bolesti kostí a zpomalení progresu metastatického procesu. (3)

### **2. 6. 7 Prognóza**

Závisí na klinickém stadiu choroby (viz tabulka) (2)

	Riziko recidivy	Pětileté přežití
Stadium 0	Pod 10% za 10 let	90%
Stadium I	15% za 10 let	70-80%
Stadium II	25% za 10 let	60-70%
Stadium III	30% za 5 let	15-50%
Stadium IV	-----	5-30%

### 3. Základní informace o pacientovi

#### 3.1 Anamnéza

Ing. V. J. se narodil roku 1942. Je ženatý, žije s manželkou v rodinném domku. Vychovali společně 2 syny, mají 3 vnučky.. Vystudoval VŠ dopravní a pracoval jako inženýr železničních staveb, později jako učitel a ředitel SOŠ dopravní. V dětství vážněji nestonal, v letech 1995-1997 postupně prodělal flebotrombózu PDK, fundoplikaci pro refluxní chorobu jícnu, plicní embolii. Byla mu diagnostikována hypertenzní nemoc, ICHS a DM 2. typu (léčen dietou). Alergie pacient popírá, je bývalý kuřák, již 15 let, dříve kouřil 20-40 cigaret denně. Oba rodiče zemřeli na rakovinu, matka v 67 letech na gynekologický nádor, otec v 64 na nádor slinivky.

V roce 2000 začal mít nemocný problémy s mikcí, trápilo ho časté přerušované močení v noci. Při návštěvě lékaře byl diagnostikován karcinom prostaty v pokročilém stadiu. Pacient podstoupil lymfadenektomii s pozitivním nálezem, aktinoterapii a hormonální léčbu. Pro rozsáhlou hydronefrózu mu byly zavedeny oboustranně nefrostomie, provedena orchiektomie. Nemocný byl následně zařazen do lékové studie a po podání nového chemoterapeutika se jeho stav rapidně zlepšil, nefrostomie byly odstraněny a pacient močil přirozenou cestou.

Ukončení studie znamenalo opětovné výrazné zhoršení stavu, na CT byly zaznamenány drobné metastázy do bederní páteře a městnání moči v ledvinách. Opětovné zavedení nefrostomií pacient odmítl, souhlasil se zavedením permanentního močového katétru. Kontrolní CT vyšetření potvrdilo progresi metastatického procesu ve skeletu a bolesti pacienta se stupňovaly.

Ošetřující lékařka předepsala na bolesti Durogesic náplast a doporučila hospicovou péči. Nemocný byl hospitalizován v lůžkovém hospici od listopadu 2009.

### 3. 2 Stav při přijetí

Při přijetí do hospice v listopadu 2009 byl pacient lucidní, orientovaný, spolupracující, schopen samostatného přesunu z auta na lůžko. Dle vstupního vyšetření lékařem pacient eupnoický, normostenický, bez známek cyanosy a ikteru. Kůže intaktní, bez krvácivých projevů, uši, nos a oči bez sekrece. Hlava nad dutinami nebolestivá, náplň krčních žil nezvětšena. Jazyk vlhký, pláží středem. Na hrudníku poklep plný a jasný, dýchání alveolární bez vedlejších dechových fenoménů. Akce srdeční pravidelná, 80/min, Břicho měkké, nebolestivé, s jizvami po endoskopické fundoplikaci a na bedrech po nefrostomiích. Játra a slezina nepřesahují oblouk žeber, peristaltika +, DK bez otoků, žilní systém klidný.

Subjektivně pacientovi největší problémy působí únava, většinu dne tráví na lůžku. V noci se nadměrně potí, ráno bývá potřeba převléci pyžamo i lůžkoviny. Má silné bolesti v zádech a při dolních žebrech, hlavně po delším ležení. Durogesic 12,5μg předepsaný praktickým lékařem bez valného efektu, 25μg s efektem částečným. Nauseu neguje, chuť k jídlu má střídavou, zhubnul z původních 100kg na současných 78, hlavně svalovou hmotu. Nezvrací, zácpu nemá, stolice bývá spíše průjmovitá. Močí pomocí PMK. Kašel ani škatyvka ho netrápí, problémy s dechem také nemá.



### **3.3 Farmakoterapie**

#### **Aktiferin Cps.- železo**

Indikace: nedostatek železa v organismu, při anémiích, po krevních ztrátách.

Nežádoucí účinky: průjem, zácpa, pocity plnocti, pálení žáhy

#### **Bicaluplex 50 – cytostatikum, antiandrogen**

Indikace: ke snížení tvorby androgenních hormonů při léčbě karcinomu prostaty.

Nežádoucí účinky: bolesti břicha, vypadávání vlasů, obtížné trávení aj.

#### **Chlorprothixen tbl. 15mg – neuroleptikum se sedativním účinkem**

Indikace: poruchy chování, agresivita, stavy, kdy je třeba pacienta zklidnit, pomáhá při stavech zvýšeného psychického napětí a nespavosti

Nežádoucí účinky: ospalost, malátnost, sucho v ústech, zácpa, zažívací obtíže

#### **Espumisan – deflatulens**

Indikace: při nadměrném hromadění plynů v zažívacím traktu, nadýmání

Nežádoucí účinky: nejsou dosud známy

#### **Fortecortin tbl. – perorální glukokortikoid**

Indikace: působí proti tvorbě otoků a zmírňuje alergické reakce, brzdí proliferaci buněk

Nežádoucí účinky: Jen po vysokých dlouhodobých dávkách, potlačení imunity, zpomalení hojení aj.

### **Godasal – analgetikum, antipyretikum**

Indikace: Tlumí mírnou až střední bolest a snižuje horečku, ve vyšších dávkách působí protizánětlivě

Nežádoucí účinky: Nevolnost, zvracení, alergická reakce, zvýšená krvácivost

### **Helicid - antiulcerózum**

Indikace: ke snížení tvorby žaludeční kyseliny, odstranění pocitů překyselenosti, pálení žáhy

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, průjem, zácpa, výjimečně vyrážky

### **Nitrofurantoin retard – močové chemoterapeutikum**

Indikace: léčba a prevence akutních i chronických infekcí dolních močových cest

Nežádoucí účinky: Nechutenství, zažívací obtíže, poškození jater a krve

### **Tiapridal gtt.**

Indikace: krátkodobá léčba poruch chování a odstraňování mimovolních nežádoucích pohybů

Nežádoucí účinky: Netečnost, únava, bolesti hlavy závratě, zvýšený tlak aj.

### **Vasocardin 50 – antihypertenzivum, beta blokátor**

Indikace: snižování krevního tlaku, předcházení záchvatů anginy pectoris

Nežádoucí účinky: Zažívací obtíže, závratě, nespavost, malátnost aj.

### **Zocor 10mg**

Indikace: snižování LDL cholesterolu v krvi, prevence a léčba u ICHS

Nežádoucí účinky: vzácně bolest svalů, zažívací obtíže

### **Stilnox 10. - hypnotikum**

Indikace: Zkracuje dobu nástupu spánku a zvyšuje jeho kvalitu

Nežádoucí účinky: Ospalost, závratě, nucení na zvracení, zvracení, vzácně výpadky paměti

### **Nimesil – analgetikum, nesteroidní antirevmatikum**

Indikace: léčba akutní bolesti

Nežádoucí účinky: Průjem, zácpa, závratě, zvýšené pocení, jiné vzácně

### **Tisercin 25mg amp. s.c. – Psychofarmakum, neuroleptikum**

Indikace: tišení psychomotorického neklidu a úzkostných stavů, potenciace účinků analgetik

Nežádoucí účinky: závratě, hypotenze, spavost, tachykardie, zácpa, retence moči aj.

### **Opiáty.**

#### **Durogesic náplast 25µg á 72h**

Indikace: tlumení silné dlouhodobé bolesti

Nežádoucí účinky: Zpomalení dýchání, nevolnost, zvracení, zmatenost až halucinace, euforické stavy, místní kožní reakce v místě nalepení

#### **SOS při bolesti Sevredol 40mg – analgetikum-anodynum**

Indikace: léčba silné bolesti při nádorových onemocněních, po úrazech

Nežádoucí účinky: Zvracení, zácpa, ospalost, závratě, útlum dechového centra méně často

**SOS při bolesti Morphin 10mg s.c.- analgetikum-anodynum**

Indikace: Velmi silné nádorové a poúrazové bolesti

Nežádoucí účinky: Nevolnost, zvracení, zácpa, útlum dechu

(Všechna výše uvedená léčiva zdroj 22)

## 4. Ošetrovatelská část

### 4.1 Paliativní léčba a hospicová péče

Pojem paliativní léčba a péče je dnes stále diskutovanějším tématem, neexistuje však její jednotná definice, proto zde uvádím definici Světové zdravotnické organizace, stanovisko Velké Británie a Národní hospicové organizace ze Spojených států amerických.

WHO definuje *paliativní medicínu* jako celkovou léčbu a péči o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na *kurativní léčbu*. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (5)

Národní hospicová organizace z Arlingtonu ve Virginii (USA) uvádí, že *hospicový program* je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé.(5)

Definice Velké Británie uvádí, že *paliativní medicína* se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života. (5)

Jak z definic vyplývá, úkolem paliativní péče není vyléčit nemoc, nýbrž mírnit její projevy a zlepšovat tak kvalitu života pacientů. Paliativní péče se soustřeďuje na odstraňování či zmírňování utrpení klientů a poskytuje podporu ve sféře fyzické, psychické, sociální i spirituální, a to tak, že péče je poskytována týmy

profesionálů a odborníků v daných oblastech. Péče je založena na spolupráci sester, lékařů, duchovních, psychologů, dobrovolníků a dalších s pacientem a rodinou, a to s ohledem na jejich přání a volby.

Paliativní, neboli útěšná, zmírňující péče si klade za cíl poskytovat symptomatickou léčbu. Zaměřuje se na efektivní léčbu bolesti fyzické i psychické, spirituální pomoc, emocionální podporu a poskytování sociálního zázemí, dále na aktivní individuální programy, doprovodnou odbornou pomoc truchlícím pozůstalým.

V České republice je paliativní péče poskytována v hospicových lůžkových zařízeních a mobilními hospici, jejichž pracovníci docházejí za klienty přímo do jejich domovů. (6)

Hospic je specializované zařízení, poskytující paliativní péči. Filozofie hospice vychází z úcty k životu a člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. (6) Specifikem českých hospiců je to, že se jedná o malá zařízení s kapacitou 15-30 lůžek s převážně domácí atmosférou. Pokoje bývají jednolůžkové s přistýlkou pro blízkou osobu, návštěvy jsou, s ohledem na stav a přání pacienta, možné kdykoli. Typický je také relativně vyšší počet ošetřujícího personálu, jehož úkolem je zajišťovat individualizovanou péči nejvyšší možné kvality. Hospicové týmy jsou multidisciplinární, složené z lékařů, sester, psychologů, teologů, pastoračních a sociálních pracovníků a dobrovolníků tak, aby bylo možno zajistit co nejlepší péče ve sféře fyzické, psychické, sociální i spirituální. (7) Smrt je zde chápána a respektována jako přirozená součást lidského života. Není úkolem hospice dopomoci nemocnému ke smrti, úkolem je doprovázet pacienta i jeho rodinu v této nelehké životní etapě až do přirozeného konce. (6)

## **4. 2 Ošetrovatelský proces**

Ošetrovatelský proces je základní vědeckou metodou nezbytnou pro rozvoj moderního ošetrovatelství. (8) Jedná se o systematický přístup k poskytování péče, který lze charakterizovat jako sérii vzájemně propojených činností, které jsou prováděny ku prospěchu nemocného a za jeho spolupráce a který je základním kamenem individualizované ošetrovatelské péče. (9) Proces lze rozdělit do pěti následujících fází

- zhodnocení nemocného
- stanovení ošetrovatelských diagnóz
- naplánování ošetrovatelské péče
- realizace navržených intervencí
- hodnocení efektu poskytnuté péče

Ošetrovatelský proces umožňuje sestře aktivně přistupovat k péči o nemocného na základě jeho hlubšího poznání a dává jí možnost tvořivě uspokojovat jeho potřeby. (8)

Celý proces jsem se rozhodla vést dle Teorie základní ošetrovatelské péče Virginie Hendersonové.

## **4. 3 Ošetrovatelská péče dle Virginie Hendersonové**

Péče je zaměřena na udržení či navrácení co nejvyšší míry nezávislosti pacientů v uspokojování potřeb tak, aby mohli hodnotně žít či klidně umírat. Cílovou skupinou jsou zde jedinci, kteří trpí konkrétními deficity, ale nemají dostatek síly, vůle, či vědomostí k tomu, aby tento stav sami změnili. Rolí sestry je napomáhat k udržování nebo navrácení nezávislosti, a to tak, že poskytuje činnosti nahrazující, doplňující, podporující a zvyšující sílu, vůli a vědomosti klientů. V. Henderson stanovila 14 elementárních potřeb, které shrnují lidské potřeby z oblasti biologické, psychologické, sociální a spirituální.. (10)

Jsou to:

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistoty těla
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i jiných
10. komunikace s druhými osobami, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná činnost
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví

#### **4. 4 Ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení potřeb**

O vybraného pacienta jsem se starala od 14. do 18. 12. 2009, tj. od 22. do 26. dne jeho pobytu v hospici. K vypracování ošetrovatelské anamnézy a sestavení diagnóz jsem si vybrala 25. den hospitalizace, kdy došlo ke zhoršení klinického stavu pacienta. Prohloubily se bolesti, byla navýšena stávající analgetická léčba a přidány nové léky proti bolesti. Přetrvávající únava a bolest negativně ovlivnily i některé další sféry pacientova života.

##### **1. Normální dýchání**

Pacient dechové obtíže neudává. Netrpí alergií ani astmatem, subjektivně se mu dýchá dobře. Objektivně nejeví známky potíží, dýchá klidně a pravidelně. Při včerejším měření fyziologických funkcí byla zjištěna dechová frekvence 15 dechů/min, saturace měřená pulsním oxymetrem 98%. Rty i akra měly normální růžovou barvu, ruce i nohy měl pán teplé.



## **2. Dostatečný příjem tekutin a potravy**

Chuť k jídlu je u pana V. J. střídavá, poslední dobou mu chutná. Nají se samostatně, dopomoc nepotřebuje, sní většinou  $\frac{3}{4}$  až celou porci. Kromě hlavních jídel v rámci hospicové stravy mu rodina nosí jeho oblíbené pochutiny. Tekutin vypije 2-3 litry denně, pije hlavně čaj a vodu, které má k dispozici na nočním stolku. K snídani snědl 2 loupáky a vypil hrnek bílé kávy. Při obědě vynechal polévku, protože rajskou nemá příliš rád, na pečeném kuřeti s bramborem si však pochutnal. Mezi hlavními jídly jedl hroznové víno donesené rodinou, k večeři pak 2 chleby se sýrem a pokrájené rajče. Přes den vypil 3 konvice čaje po 0,75l a jeden vanilkový Cubitan.

## **3. Vylučování**

Vylučování moči se děje prostřednictvím permanentního močového katétru č.16 napojeného na sběrný sáček. PMK byl měněn 15. den hospitalizace, nyní je tedy zaveden 11. den. Odvádí čirou, světlou moč, pacient je se systémem spokojen, vyhovuje mu možnost volnějšího pohybu a pohodlnějšího ležení oproti dřívějším nefrostomiím. Při pohybu po pokoji si sáček drží sám, popřípadě mu pomáhá doprovázející. Na vyjížďky ven s rodinou si nechává sáček schovat pod pyžamo a přilepit k bérce, aby mu nepřekážel a nebyl zbytečně na očích všem. Vylévání moči ze sáčku prováděl donedávna pacient sám, nyní tuto úlohu již převzaly ošetřovatelky.

Stolici mívá 1-2x denně, bývá normální až průjmovitá, zácpou netrpí vůbec. K vyprazdňování používá WC, které je součástí pokoje. Přes den chodíval sám, zvonil si pouze v noci, nyní je již třetí den doprovázen na toaletu personálem, a to i přes den.

## **4. Pohyb a udržování vhodné polohy**

Vzhledm k přetrvávající únavě tráví pacient většinu dne na lůžku. Cítí-li se dobře, prochází se v doprovodu personálu či rodiny chvíli po oddělení nebo si vyjde ven do otevřeného atria, které je součástí hospice a kde je možno posedět. Rád se podívá i po okolí, kam je brán rodinou nebo personálem na vozíku. V lůžku zaujímá většinou úlevovou polohu na zádech s mírně zvednutým podhlavníkem,

střídá ji se sezením. Elektrickou postel si nastavuje sám do vhodné polohy, možnost vypodložení a napolohování pomocí polštářů a dalších pomůcek využívá hlavně na noc. Pravidelné polohování bylo po dohodě s pacientem zahájeno včera a pokračuje se v něm i nadále.

V poslední době si také nechává zvednout před spaním postranice u postele, cítí se tak bezpečněji a nemá obavy z pádu. Zhodnocení pacienta ohledně rizika pádu jsem provedla screeningovým testem, který vyšel s výsledkem 4 bodů. (15) Pán má tedy zvýšené riziko pádu.

V souvislosti s omezenou pohyblivostí jsem také viděla jako vhodné zhodnotit úroveň soběstačnosti pacienta v běžných denních činnostech, provedla jsem jej pomocí Barthelové testu (17), který ukázal na závislost středního stupně.

## **5. Spánek a odpočinek**

Pan V. J. bývá dosti unavený. Snaží se spát v noci a přes den se věnovat rozmanitým činnostem, které ho baví, ale únava ho v jejich provozování často limituje a delší soustředěná činnost ho vyčerpává. Přes den naspí asi tři hodiny v krátkých epizodách. Spánek v noci má narušený hlavně bolestí, která ho probouzí 3-5 hodin po usnutí. Nejlépe se mu leží na zádech, ale celou noc v této poloze nevydrží, vítá možnost vypodložení a napolohování, po analgetických a lécích na spaní se mu lépe usíná. Ráno se často budí propocený, někdy až do té míry, že je potřeba převlékat lůžkoviny, i tento fakt jeho spánek narušuje.

Průměrně za noc naspí okolo 7 hodin, ale spánek je přerušovaný a nepřináší potřebnou regeneraci. Za poslední noc se pacient probudil 3x, dvakrát z toho bolestí a nad ránem kvůli propocení.

## **6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání**

Vzhledem k tomu, že většinu dne tráví pán na lůžku, má na sobě vlastní pyžamo, ve kterém je mu pohodlně, a ponožky. Pokud se pohybuje po oddělení, bere si navíc župan a pantofle. Když vyrazí ven s rodinou na vozíku, obléká si své civilní oblečení a přes sebe si nechává přehodit teplou deku. Svlékání i oblékání provádí pouze s malou dopomocí, tempem, které mu vyhovuje, od personálu si také nechává pomoci s močovým sáčkem, který si pro pobyt venku nechává schovat pod pyžamo. K dispozici má několik dalších pyžam na převlečení v případě

propocení, přináší mu je rodina. Dnešní ráno se po hygieně oblékl do čistého pyžama bez dopomoci a během dne jej převléknout nepotřeboval.

## **7. Udržování fyziologické tělesné teploty**

U pacienta je teplota kontrolována dvakrát denně, ráno a večer, případně navíc dle potřeby. Pokoj je vytápěn ústředním topením a pravidelně větrán, pacient má k dispozici teplou přikrývku a je přiměřeně oblečen. V pokoji se teplota pohybuje kolem 22°C, což pánovi vyhovuje, nepocítuje chlad ani přílišné horko. V době mé přítomnosti na oddělení se jeho teplota pohybovala v rozmezí od 36,4°C do 36,9°C, tedy v rozmezí fyziologickém.

## **8. Udržování upravenosti a čistoty těla**

Každé ráno chodí pan V. J. do sprchy, protože se probouzí propocený a nechce tak zůstat celý den. Při hygieně mu asistuje někdo z personálu, protože cesta do koupelny a pohyby spojené s mytím jsou pro něj náročné vzhledem k progredující bolesti a stálé únavě. Před hygienou je ordinována bolusová dávka analgetika, aby byla veškerá nutná manipulace pacientem lépe snášena. Čištění zubů, popř. uší provede pacient sám, většinou již v lůžku, kdy mu ošetřující připraví na stolek umyvadlo s vodou a potřebné pomůcky. Jedenkrát týdně se pacient holí vlastním elektrickým strojkem, většinou v koupelně u umyvadla, kde se může posadit na sklápěcí stoličku. Vlasy není třeba speciálně upravovat vzhledem k několikamilimetrové délce. Při včerejší hygieně byl pacient do koupelny pouze doprovázen, samotnou toaletu zvládl již sám, stejně jako čištění zubů. S oblékáním pyžamových kalhot pomáhala ošetřovatelka.

## **9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i jiných**

Pacient netrpí žádnou smyslovou poruchou, nenosí brýle ani neužívá naslouchadlo či jiné kompenzační pomůcky. Jediný invazivní vstup tvoří PMK č. 16, který je napojen na sběrný sáček. Ten je, pokud pán leží, zavěšen na postranici postele. Při chůzi ho přidržuje buď personál nebo pacient sám, při pohybu mimo pokoj je sáček na přání pacienta schován v nohavici a přilepen k bérce náplastí, aby nepřekážel a nebyl na očích..

Pán obývá světlý jednolůžkový pokoj, jenž je pravidelně personálem větrán. Součástí vybavení je polohovací postel s antidekubitní matrací, která je prevencí vzniku proleženin nezbytnou z toho důvodu, že pán většinu dne proleží na zádech. V této souvislosti jsem u pacienta provedla zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové s výsledkem 11 bodů, což značí vysoké riziko jejich vzniku.. Postel je dále vybavena zvedacími bočnicemi, které jsou na přání pacienta v noci zvednuty a brání tak vzniku případného pádu. Signalizační zařízení pro spojení s personálem je zavěšeno na hrazdičce nad pacientovou hlavou tak, aby na něj bez obtíží dosáhl, stejně tak je vedle postele umístěn noční stolek, kde má pán věci denní potřeby a pití. Sociální zařízení je vybaveno madly a taktéž signalizačním zařízením. Pacient je opakovaně informován o tom jak a kdy jej použít. V noci zůstává v předšíní pokoje rozsvíceno nerušivé noční osvětlení.

#### **10. Komunikace s druhými osobami, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů**

V oblasti vyjadřování nemá pacient žádná omezení. Netrpí smyslovými vadami, neužívá žádné kompenzační pomůcky, ani brýle. Slyší i rozumí dobře. Nejvíce komunikuje se svou rodinou, která ho jezdí víceméně každý den navštěvovat. Domluva s personálem mu nečiní problém, rád si povídá o různých tématech a říká si, pokud něco potřebuje, např. o léky na bolest, buď přímo nebo pomocí signalizačního zařízení. Velmi kladně hodnotí možnost pohovořit si s knězem, který je v hospici zaměstnán. (20) Emočně působí vyrovnaně, dává najevo spokojenost s péčí, hlubší emoce však příliš nevyjadřuje.

#### **11. Vyznávání vlastní víry**

Pacient je pokřtěný, ale nepraktikující katolík. Možnosti navštívit v hospici mši nevyužívá, ale pravidelně za ním dochází katolický kněz, se kterým si rád povídá. (20) Jiné specifické potřeby ve spirituální oblasti pacient nevyjádřil.

#### **12. Smysluplná činnost**

Mezi pacientovy záliby patří sport, zahrádkaření, houbaření, křížovky, čtení a jeho práce mu byla taktéž celý život zálibou. Vzhledem k nynějšímu onemocnění a upoutání na lůžku nemůže většinu z nich vykonávat a tak se snaží nacházet jiné věci, které by ho bavily a vyplňovaly mu volný čas, protože, jak

sám říká, nudit se rozhodně neumí. Přes den si čte, občas luští křížovky a sudoku, večer sleduje v televizi zprávy a dokumentární filmy. Těší se z návštěvy rodiny, hlavně malých vnuček a svých kolegů z práce, kteří mu přinášejí nové informace z oboru. Rád posedí v atriu hospice, kde si povídá s personálem nebo se spolupacienty. Několikrát také navštívil s rodinou blízké okolí na pojezděm křesle a měl radost z vyjížděky venku. Včerejší ráno si po snídani chvíli četl, po hygieně odpočíval, odpoledne mu vyplnila návštěva kolegů z práce a luštění křížovek. večer sledoval televizi a vyřizoval také několik telefonátů s blízkými.

### **13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace**

Pan V. J. většinu dne odpočívá v lůžku, ale pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí, rád se účastní různých aktivit, které jsou pro pacienty v hospici připraveny. V dílně namaloval spolu se sociální pracovníci hedvábný šátek pro manželku, jednou byl na koncertě v hospicové kapli a pravidelně se zúčastňuje pátečních hudebně literárních odpolední, a to buď přímo v atriu nebo ve společenské místnosti, kde se konají, nebo si nechává otevřené dveře do pokoje, aby program slyšel. V televizi, kterou může sledovat přímo z lůžka, se rád podívá na vědomostní soutěže a procvičuje si tím i svoji hlavu. K relaxaci mu pomáhá oblíbené CD vážné hudby., jež donesla rodina. Během včerejška nebyl v hospici žádný oficiální program. Pán trávil svůj den na lůžku, po večeři jsme spolu dlouze diskutovali nad kauzou plzeňského rychlostudia, jelikož jako bývalý učitel a ředitel měl k tomuto tématu velmi blízko.

### **14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví**

Pacient má široký rozhled v mnoha oblastech života i v současném dění. Ani v nemoci nepřestal být zvědavý a bedlivě sleduje vše, co se kolem děje. Čte denní tisk, odborné časopisy, sleduje TV zprávy, rád diskutuje s personálem i rodinou nad tím, co se děje u nás i ve světě

#### **4. 5 Stanovení ošetrovatelských diagnóz**

Na základě výše uvedené ošetrovatelské anamnézy a za použití několika hodnotících škál (viz přílohy) jsem sestavila ke dni 17.12. 2009 tyto ošetrovatelské diagnózy:

- 1. Bolest související s progredujícím nádorovým onemocněním**
- 2. Snížená soběstačnost související se stálou únavou a bolestí**
- 3. Narušený spánek v souvislosti s bolestí a nadměrným nočním pocením**
- 4. Riziko vzniku infekce související se zavedeným PMK**
- 5. Riziko vzniku dekubitů související s omezenou pohyblivostí**
- 6. Riziko pádu v souvislosti s bolestí, únavou a metastatickým procesem v kostech**

##### **Diagnóza č. 1. Bolest související s progredujícím nádorovým onemocněním**

**Cíl péče:** Pacient udává snížení intenzity bolesti alespoň o 2 stupně do 2 hodin od poskytnuté intervence

##### **Intervence:**

- Celý den průběžně sledovat výskyt bolesti dotazem i celkovým zhodnocením pacienta a jeho projevů
- Sledovat charakter každé bolesti, co pomáhá a co ji zhoršuje
- Podávat analgetika dle ordinace lékaře-Nimesil a Sevredol 40mg dle bolesti, dávky nejdříve 4 hodiny po předchozí
- Podat Sevredol per os alespoň hodinu před předpokládanou zvýšenou manipulací/hygienou
- Sledovat účinky léčby-jak rychle se dostaví účinek a jak dlouho přetrvává, přináší-li lék úplnou nebo jen částečnou úlevu, neprojeví-li se nežádoucí vedlejší účinky

- Podporovat v úlevové poloze vypodložením, napolohováním lůžka
- Obracet pozornost k příjemným prožitkům rozhovorem, puštěním oblíbeného CD
- Psychicky a fyzicky podporovat pacienta-rozhovorem, dotekem, úsměvem a citlivým přístupem
- Vést záznamy bolesti v ošetrovateľské dokumentaci pro umožnění dlouhodobějšího sledování jejího vývoje a účinků léčby
- Předávat informace mezi sestrou, lékařem a dalším ošetřujícím personálem ohledně terapie a jejího efektu během služby i další směně

### **Realizace intervencí a efekt poskytnuté péče**

V týdnu, kdy jsem se o pacienta starala, došlo k prohloubení bolestí a stávající analgetická léčba již nebyla dostačující. Durogesic náplast 25 $\mu$ g a Nimesil již nepřinášel potřebnou úlevu, pacient si stěžoval na bolest více než dříve. Na škále bolesti (0 žádná-10 maximální) udával hodnoty 5-7. Byl informován ošetřující lékař, jenž 23. den hospitalizace zvýšil dávku fentanylu na Durogesic náplast 50 $\mu$ g á 72hod. a přidal ke stávající léčbě navíc Sevredol tablety 40mg podle potřeby..Jako SOS analgetikum pro zvládnutí průlomové bolesti byl ordinován Morphin 1ml 1%.

Ráno po probuzení označil pacient na škále třetí stupeň bolesti, ale analgetikum prozatím odmítl s tím, že si jej nechá dát až před hygienou. Hodinu před sprchováním dostal tabletu Sevredolu 40mg per os. Při mytí bolesti neměl, bezprostředně poté usnul a probudil se až k obědu. Po obědě odpočíval s puštěným CD vážné hudby. Kolem druhé hodiny jsem zaznamenala opětovnou progresi bolesti na 3. až 4. stupeň škály bolesti. Společně s pacientem jsem našli nejvhodnější polohu, ve které jsem ho vypodložila pomocí polohovacích pomůcek. Samotné napolohování však nestačilo a bylo nutné podat další dávku analgetických léků (Nimesil tablety). Bolest během hodiny po podání ustoupila zhruba o jeden a půl stupně a dalšího zlepšení bylo dosaženo návštěvou rodiny, která měla na pacienta příznivý psychologický účinek.

Až do konce mé služby nebylo nutné podání dalších analgetik. Jak se ukázalo, změna a navýšení léčby pacientovi pomohly ve zvládnání bolesti. Podání

analgetik a jejich účinek jsem zaznamenala do dokumentace a předala informace další směně.

Cíl byl splněn, učiněná opatření přinesla v daném časovém horizontu pacientovi úlevu od bolesti.

## **Diagnóza č. 2 Snížená soběstačnost související se stálou únavou a bolestí**

**Cíl péče:** Pacient zvládne dnešní sebek péči , personál zastane funkci pouze dopomocnou (18)

### **Intervence:**

- podporovat a aktivizovat pacienta ve vykonávání denních aktivit slovně i dotekem
- připravit k ruce potřebné pomůcky
- zajistit dopomoc tam, kde sám nedosáhne
- efektivně zvládat bolesti podáním analgetika alespoň hodinu před hygienou
- chválit za vykonanou činnost povzbudivým slovem
- nespěchat na pacienta, nechat ho pracovat vlastním tempem
- umístit signalizační zařízení do bezprostředního dosahu pacienta

## **Realizace intervencí a efekt poskytnuté péče**

Jelikož pacienta ranní hygiena a věci s ní spojené velmi fyzicky vyčerpávají, bylo zapotřebí poskytnout mu dopomoc pro zvládání sebek péče. (19)

Pacientovi jsem podala hodinu před samotnou hygienou ordinovaná analgetika a ujistila se dotazem, že přinesly patřičný efekt a pacient tedy netrpí zbytečně bolestí, což mi pán potvrdil. Doprovodila jsem jej do sprchy, kde se posadil na sklápěcí sedačku a následně sám provedl omytí. Mou asistenci potřeboval pouze při vstávání, utření zad a nohou a při doprovodu zpět do lůžka. Čisté pyžamu jsem mu připravila k ruce a povzbudila jsem ho k tomu, aby se oblékl sám, tak jak je zvyklý a jak mu to vyhovuje. (18) Pomoc jsem mu poskytla jen při manipulaci s močovým sáčkem. Po uložení do postele jsem přistavila noční stolek, kde měl k dispozici pití, dálkové ovládání od televize, mobil a rozečtený časopis. Překontrolovala jsem správné umístění signalizace a přeptala se, jestli pro



něj mohu ještě něco udělat. Pacient poděkoval za ochotu, ale nic jiného nepotřeboval, chtěl si po hygieně odpočinout.

Při jídle ani pití pomoc nevyžadoval, jídlo jsem mu pouze připravila na servírovací stolek přímo do lůžka, najedl se sám. Pití měl k dispozici v konvici na nočním stolku, dolévání do hrníčku si zajistil, po dopití jsem mu přinesla novou plnou konvici..

Zbytek dne trávil v lůžku, na personál zvonil pouze jednou, když chtěl doprovodit na WC na stolicí. V následujících dnech probíhala ranní hygiena obdobným způsobem.

Vytčený cíl byl splněn. Díky účinné dávce analgetik a jen malé dopomoci personálu byl pacient schopen vykonávat běžnou sebeobsluhu včetně hygieny.

### **Diagnóza č. 3 Narušený spánek v souvislosti s bolestí a nadměrným nočním pocením**

**Cíl péče:** Pacient bude v noci spát alespoň 5 hodin v kuse

#### **Intervence:**

- omezit hluk spojený s provozem na nutné minimum
- okna i dveře zavírat šetrně
- podporovat večerní a usínací rituály pacienta podáním šálku teplého čaje a zatažením závěsů
- podat léky na usínání dle přání pacienta současně s analgetiky
- pomoci pacientovi zaujmout vhodnou polohu vypodložením
- zkontrolovat dostupnost signalizačního zařízení
- podporovat režim bdění ve dne a spaní v noci
- zajistit včasnou výměnu propocené pyžama a lůžkovin
- zbytečně pacienta nebudit
- posedět chvíli u pacienta a podpořit ho slovem a dotekem, pokud nemůže spát

### **Realizace intervencí a efekt poskytnuté péče**

Pacient měl dnes problémy s usnutím, stejně jako předchozí dny. O léky na spaní si říká sám podle doby, kdy se chce uložit k spánku. Dnes si zazvonil krátce před půl desátou a poprosil o tabletu Stilnoxu, současné podání analgetika nechtěl, protože bolesti večer nepocíťoval. Ve 21:30 byl podán Stilnox, při kontrole ve 23:00 pacient klidně spal v poloze na zádech s lehce vypodloženými končetinami. Kolem půl jedné si při polohování stěžoval na bolest v bederní krajině, dostal tabletu Sevredolu, která poskytla částečnou úlevu, ale měla účinek jen do doby, než se objevila ostrá průlomová bolest, která pacienta ochromila svou intenzitou. Ve 3 hodiny ráno byl subkutánně aplikován 1ml 1% Morphinu, který přinesl očekávaný efekt a zbavil pacienta bolesti. Tomu se ulevilo a podařilo se mu usnout. Probudil se kolem 7 hodiny ráno, bolesti neměl, kabátek od pyžama měl jen lehce vlhký. Po převlečení byl znovu napolohován a usnul, byl probuzen v půl deváté na snídani.

Přes poskytnuté intervence se cíl nepodařilo splnit, pacient spal v kuse pouze kolem tří hodin a bolest významně narušila kvalitu i délku jeho spánku.

### **Diagnóza č. 4 Riziko vzniku infekce související se zavedeným PMK**

**Cíl péče:** Včasné rozpoznání známek infekce během hospitalizace

#### **Intervence:**

- dotazovat se každý den pacienta, zda nepocíťuje mikční obtíže, jako je pálení, řezání, svědění, tlak v podbřišku aj.
- kontrolovat denně barvu, vzhled a hustotu moči
- sledovat přítomnost celkových projevů infekce, jako je horečka, slabost, nechutenství
- dbát na hygienu genitálu a jeho dostatečné osušení po mytí
- při hygieně kontrolovat genitál, zda nejeví známky zarudnutí, otoku či jiné známky signalizující možný zánětlivý proces
- podávat ordinované močové chemoterapeutikum
- v případě mikčních obtíží, neprůchodnosti či obtékání katétru zajistit přecívkování lékařem
- ve stanovených intervalech měnit celý katetrizační systém

### **Realizace intervencí a efekt poskytnuté péče**

PMK č.16 je dnes zaveden 12. den. Před odchodem do koupelny na ranní hygienu jsem se pána přeptala na možné obtíže, jejich přítomnost však negoval. Zkontrolovala jsem lůžkoviny, které byly suché, což nenasvědčovalo tomu, že by cévka obtékala. Okolí cévky při vyústění z penisu jsem kontrolovala vizuálně, ani zde jsem nezachytila žádnou odchylku od normálu. Kůže byla normální barvy i vzhledu, nejevila známky zarudnutí ani otoků. Po mytí se pán důkladně osušil a oblékl si pyžamo, sběrný sáček byl zavěšen na postranici lůžka. Cévkou byla během dne plně funkční, odváděla čistou, světlou moč, ve které nebyly patrné žádné příměsi ani usazeniny. Za mé služby pán vymočil 1350 ml. Zvýšenou teplotu ráno ani večer neměl, nejevil známky přílišné malátnosti či slabosti, unaven byl stejně jako předchozí den, což lze přičítat spíše primárnímu onemocnění. Ordinovaný Nitrofurantoin dostal v 9 hodin ráno, další dávku pak od nočních sester ve 21h. Výměna katétru je při současné bezproblémové funkci naplánována za 6 dní, tedy 21. den po zavedení.

Vytčený cíl byl splněn. Pacient nejeví známky infekce a PMK je i nadále plně funkční.

### **Diagnóza č. 5 Riziko vzniku dekubitů související s omezenou pohyblivostí**

**Cíl péče:** Včasné zachycení známek vznikajícího dekubitu během hospitalizace

#### **Intervence:**

- kontrolovat denně neporušenost a barvu kožního krytu, zejména na predilekčních místech
- používat antidekubitních pomůcek
- polohovat pacienta, nejdéle po 4 hodinách
- pacienta vypočítat pomůckami tak, aby se mu leželo pohodlně
- zajistit suché, čisté a řádně vypnuté lůžkoviny
- zamezit případnému obtékání cévky

- pečovat o kůži vhodnými kosmetickými přípravky
- zajistit dostatečný příjem tekutin

### **Realizace intervencí a efekt poskytnuté péče**

Pacient je schopen aktivně v lůžku polohu měnit a přizpůsobovat si postel pomocí elektrického ovládání, ale tráví většinu dne v poloze na zádech, protože se mu tak leží nejlépe a přináší to největší úlevu od bolesti. Tím se značně zvyšuje riziko vzniku dekubitů, a to zejména v predilekčních místech, jako je sakrální oblast, paty, lokty a lopatky. Z tohoto důvodu pacient leží na antidekubitní matraci, která se střídavě nafukuje a zamezuje tomu, aby došlo k tlakovému přetížení jednotlivých částí těla.

U pacienta jsem při hygieně zkontrolovala stav a neporušenost kožního krytu a zaznamenala jsem malý erytém v sakrální oblasti, velikosti zhruba 3x3cm. Pomohla jsem pacientovi s řádným osušením po koupání a připravila mu čisté suché oblečení.(19) Místo erytému jsem ošetřila Menalind pastou (14). Od potu vlhké lůžkoviny jsem vyměnila za čisté a suché, překontrolovala jsem funkci antidekubitní matrace a prostěradlo vypnula tak, aby netvořilo žádné záhyby. Pod oblast hýždí jsem navíc připravila podložku z ovčí kůže, jež slouží také jako prevence vzniku proleženin. Pacienta jsem upozornila, že je nutné, aby střídal při ležení různé polohy, aby nedošlo k dalšímu rozvoji dekubitu a nabídla jsem mu polohovací pomůcky, které mu pomohou udržet se v určité poloze. Souhlasil s vypodložením v poloze na pravém boku a vydržel tak půl hodiny, poté se opět chtěl přetočit na záda. Během odpoledne byl polohován ještě 3x, dvakrát na bok, jednou do sedu. V žádné z poloh však nevydržel více jak půl hodiny, zbytek proležel na zádech.

V oblasti jídla i pití byl jeho příjem dostatečný, vypil 2 litry tekutin a jedl většinou celou porci hlavního jídla. Navíc dostával Cubitan k popíjení během dne, aby byl zajištěn dostatečný příjem bílkovin.

Okolí cévky bylo suché a klidné, nedocházelo k obtékání ani k úniku moči, která by dráždila kůži v okolí.(19)

Vytčený cíl byl splněn, při kontrole pokožky bylo zachyceno mírné zarudnutí, které signalizuje tlakové poškození tkáně a první stupeň počínajícího

dekubitu.(13) Místo bylo ošetřeno a nadále kontrolováno, k dalšímu rozvoji dekubitu nedošlo.

#### **Diagnóza č. 6 Riziko pádu související s bolestí, únavou a metastatickým procesem v kostech**

**Cíl péče:** Minimalizování rizikových faktorů pro vznik pádu během hospitalizace

**Intervence:**

- Zajistit pacientovi dostupnost signalizačního zařízení
- Dohodnout s rodinou přinesení vhodné neklouzavé obuvi
- Doprovázet pacienta při pohybu a aktivitách mimo lůžko
- Při zvedání z lůžka postupovat pomalu, zabránit ortostatickému kolapsu
- Nenechávat pacienta bez dozoru na místech s mokrou podlahou
- Zabezpečit močový sáček proti zaplétání mezi nohy pacienta
- Při pohybu mimo pokoj použít k přesunu vozík
- Odstranit překážky pro pohyb po pokoji
- Upozornit na možné účinky léků a doporučit pacientovi, aby si v případě potřeby zvonil a sám nevstával
- V případě nutnosti zvedat postranice u postele
- V noci zapínat nerušivé osvětlení v předsínce pokoje
- Pacienta pravidelně kontrolovat nahlédnutím do pokoje

#### **Realizace intervencí a efekt poskytnuté péče**

Pacient byl při přijetí seznámen s prostorovým uspořádáním pokoje a oddělení a s obsluhou signalizačního zařízení u postele i v koupelně a umí jej používat. (16) Vzhledem ke zhoršení stavu v poslední době již sám z pokoje nevychází, většinu dne tráví na lůžku a pohybuje se pouze po pokoji, i když jen minimálně. Do sedu se zvedá pomocí závěsné hrazdičky a byl poučen o tom, že by měl chvíli posedět se svěřenýma nohama, než vstane, aby nedošlo k pádu a že při jakékoli nejistotě v pohybu má raději přivolat personál

Za mé služby jsem pacienta doprovodila do koupelny, kde jsem s ním byla po celou dobu hygieny, aby nedošlo k uklouznutí a poranění. Poté jsem pána doprovodila zpátky k lůžku a počkala, než se na něj uloží. Znovu jsem mu připomněla, že kdykoli bude něco potřebovat, může si zazvonit. Po podání léků jsem ho upozornila na možné účinky některých z nich, jako je ospalost, únava, malátnost, bolesti hlavy aj. a po podání opioidů jsem ho zvláště nabádala, ať sám nevstává. Postranice byly na přání pána v noci zvednuty obě, přes den pak jen jedna. Vše potřebné měl pán po ruce, aby nemusel zbytečně vstávat. Taktéž vylévání močového sáčku převzaly ošetřovatelky. Během dne jsem pacienta na pokoji několikrát kontrolovala a ptala se, zda-li něco nepotřebuje. V noci bylo v předstínce rozsvíceno nerušivé noční světlo, které usnadňuje pacientům orientaci v prostředí při probuzení.

Cíl péče byl splněn. Byly poskytnuty intervence, které minimalizovaly rizikové faktory, které by vedly k pádu pacienta. (16) K pádu pacienta nedošlo.

## 4.6 Dlouhodobý plán péče

Pravděpodobná prognóza pacientova onemocnění se pohybuje v řádu několika týdnů, od toho se tedy odvíjí i dlouhodobý plán péče. V následujícím týdnu bude pozornost i nadále věnována výše zmíněným aktuálním problémům, protože s progredující nemocí bude docházet k jejich stupňování. Pacient bude ošetřujícím personálem průběžně hodnocen, aby bylo možno poskytovat aktivní a individualizovanou péči, která bude odpovídat jeho potřebám a přáním a zabezpečí co možná nejvyšší kvalitu života. Důležitým bodem péče v dlouhodobějším kontextu bude také úzká spolupráce s rodinou, která má nezastupitelnou roli v doprovázení pacienta. Rodina i pacient budou průběžně edukováni v souvislosti s očekávatelným zhoršováním stavu a bude jim nabízena psychická i fyzická podpora.

Dlouhodobý plán péče tedy zahrnuje:

- Průběžné hodnocení pacientova stavu, zejména v oblasti soběstačnosti
- Přizpůsobování péče měnícímu se stavu
- Efektivní terapii bolesti
- Dopomoc či zastoupení pacienta v běžných denních činnostech
- Prevenci vzniku a rozvoje dekubitů
- Prevenci pádů
- Psychickou i fyzickou podporu pacienta a jeho rodiny
- Edukaci
- Spolupráci s jednotlivými odborníky hospicového týmu
- Aktivní a individuální přístup k pacientovi i rodině

## 4.7 Psychologické zhodnocení pacienta

Pan V. J., 67letý inženýr, trpí nevyléčitelnou nemocí-karcinomem prostaty v terminálním stadiu. Na doporučení své obvodní lékařky zažádal o hospitalizaci v hospici, kam byl přijat v listopadu 2009. Měla jsem možnost starat se o tohoto pána mezi 22. a 26. dnem jeho pobytu zde.

Pacient přišel do hospice obeznámen s diagnózou i s předpokládanou prognózou onemocnění. Již osm let se potýká s úskalími nemoci a léčby, které výrazným způsobem ovlivnily jeho život. Vždy byl člověkem velmi aktivním, který se, mimo zaměstnání, věnoval nepřebernému množství aktivit a koníčků, kterých se musel postupně vzdát s tím, jak nemoc postupovala. I když je nyní téměř plně upoután na lůžko, stále je znát jeho životní vitalita a i teď se snaží být aktivní dle možností.

Spolupráce s tímto pacientem probíhala velmi dobře a byla oboustranně přínosná. Pán na mě působil klidným a vyrovnaným dojmem, k ošetřujícímu personálu měl kladný a přátelský vztah. Verbálně i neverbálně dával najevo spokojenost, působil uvolněně. I když někdy bylo těžké odhadnout, co se děje uvnitř něj, skrytě za spokojeně vypadajícím obličejem. Nebál se požádat o pomoc, pokud ji potřeboval, vyhýbal se však tomu, aby se na personál obracel kvůli maličkostem, i když věděl, že by mu bylo vyhověno.

Největším přínosem pro něj byla možnost setrvávat v úzkém kontaktu s rodinou, která ho jezdila navštěvovat téměř denně a plně se mu při svých návštěvách věnovala. Jako velký klad sám pacient hodnotil i návštěvy kněze, při kterých spolu dlouze rozmlouvali. Rád si povídal o čemkoli i s personálem.

K otázce umírání a smrti se stavěl tak, že je potřeba žít jak to jde až do konce a každý den na něm bylo znát, že toho se opravdu drží. Pokud bych měla hodnotit dle Elisabeth Kübler-Rossové a její stupnice vyrovnávání se s nemocí, řekla bych, že se dostal již do fáze akceptace a smíření se. Přijal novou skutečnost, kterou představuje jeho nemoc směřující ke smrti a snaží se využít naplno zbylý čas, jenž je mu dán. (21)



## 4.8 Edukace pacienta a jeho rodiny

Úkolem hospicového ošetřovatelství je nejen starost o pacienta a jeho potřeby, ale je zde také velký prostor pro práci s rodinou. Jde především o to, aby byla navázána účinná spolupráce jak rodiny s pacientem, tak rodiny a hospicového týmu. Pokud se toto podaří, je možné se daleko lépe připravit na situace, jimž bude potřeba čelit v kontextu umírání a smrti. Proto je nezbytná edukace pacienta i jeho rodiny.

Při rozhovorech s pacientem i rodinou se zjišťuje, jak jsou informováni o nemoci a její prognóze a jaká mají očekávání, co si myslí, že se bude dít dál. Je důležité, aby jim nebyla brána naděje, zároveň je však třeba nasměrovat jejich očekávání a přání reálným směrem.

Pan V. J. byl se svou diagnózou i pravděpodobnou prognózou obeznámen pravdivě a dle všech projevů s ní byl smířen. O konci života i o dalších životních otázkách hovořival s docházejícím knězem, lékaři a sester se ptal spíše na otázky toho, co se s ním bude dál dít po fyzické stránce. Bylo mu vysvětleno, stejně jako rodině, že s postupující nemocí se mohou objevovat různé symptomy, jako je stále větší unavenost a malátnost, nechutenství až úplná ztráta potřeby jídla i pití, větší bolesti, možná zmatenost a celkově snížené reakce, a to i vůči vlastní rodině. Zároveň jsem je ujistili, že jim bude až do konce věnována maximální péče, že pán nebude trpět nesnesitelnou bolestí ani jiným dyskomfortem, bude-li v našich silách ho odstranit. Blízcí pacienta byli edukováni o tom, že si mohou kdykoli pohovořit s členy týmu o všem, co je trápí, protože se jim uleví daleko víc, budou-li se o své břemeno moci rozdělit a nenést jej sami. Také jsme zdůrazňovali, jak moc je důležité, aby setrvali se svým blízkým až do konce a byli mu oporou, i když to nebude jednoduchá situace, protože rodina často psychicky trpí víc, než sám nemocný. (21) Členové rodiny celkem pravidelně hovořivali s personálem, a i když to zdánlivě bývaly jen rozhovory o každodenních maličkostech, přinášely kýžený terapeutický efekt.

Pacient i rodina byli vděční za poskytnuté informace, protože pak nebyli naprosto zaskočení horším se stavem a věděli, nač se mají připravit. Ačkoli ani tak nelze říct, že prožívali lehkou situaci, edukace zde byla na místě.

## **5. Závěr**

Přestože paliativní medicína nenabízí pacientům vyléčení, je důležitou a nezbytnou součástí péče o nemocné, zvláště pak umírající. Pan V. J. přišel do hospice v terminální fázi svého onemocnění, neznamenal to však, že by tím pro něj všechno končilo. Moji snahou bylo odhalit oblasti, které činí pacientovi problémy či omezení. Ty jsem se snažila vhodnými metodami odstranit nebo alespoň zmírnit, tak, aby pacient mohl svůj zbývajících čas prožívat kvalitně a plnohodnotně. Dařilo se tišit bolest i ostatní nepříjemné projevy nemoci. Pán trávil čas se svou rodinou, těšil se z vnuček i z každodenních maličkostí. Navzdory viditelné progresi onemocnění zůstával pozitivní a nedal nic zadarmo. Důstojně se vydal na svou cestu k cíli.

## 6. Seznam použité literatury:

1. Grim, M.; Druga, R. a kol. *Základy anatomie-3. Trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*, Galén a Karolinum, Praha, 2003, 163s., ISBN:80-7262-302-8
2. Petruželka, L.; Konopásek, B. a kol. *Klinická onkologie*, Karolinum, Praha, 2003, 274s., ISBN: 80-246-0395-0
3. Adam, Z.; Vorlíček, J.; Vaniček, J. a kol. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob, 2. aktualizované a doplněné vydání*, Grada Publishing a.s., Praha, 2004, 692s., ISBN: 80-247-0896-5
4. Vorlíček, J.; Abrhánová, J.; Vorlíčková, H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*, Grada Publishing, Praha, 2006, 328s., ISBN: 80-247-1716-6
5. Vorlíček, J.; Adam, Z. a kol. *Paliativní medicína*, Grada Publishing a.s., Praha, 1998, 480s., ISBN: 80-7169-437-1
6. Ecce homo, *Co je to hospice?* ON-LINE, 2000, dostupnost z <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>
7. Čermák, M., *Naděje na dobrou smrt*, Zdravotnické noviny, roč. 56, 2007, č. 7, s. 12-15, ISSN: 0044-1996
8. Staňková, M., *České ošetřovatelství 3: Jak uvést ošetřovatelský proces do praxe*, Praktické příručky pro sestry, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno, 1999, 49s., ISBN: 80-7013-282-5
9. WHO, *LEMON I, Soubor učebních textů pro sestry a porodní asistentky*, IDVPZ v Brně, 1997, 184s., ISBN:: 80-7013-234-5
10. Pavlíková, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*, Grada Publishing, 2006, Praha, 152s., ISBN: 80-247-1211-3

11. Pešl, M.; Zámečník, L.; Soukup, V.; Dvořáček, J., *Prostatický specifický antigen a odvozené parametry*, Urologie pro praxi, roč. 5, 2004, č. 2, s.59, ISSN: 1213-1768
12. Bujdák, P.; Cuninková, M., Karcinóm prostaty-Trendy výskytu a rizikové faktory, Urologie pro praxi, roč. 5, 2004, č. 4, ISSN: 1213-1768
13. Meluzínová, H.; Weber, P.; Navrátilová, Z.; Kubešová, H., *Dekubitus-jak dále v diagnostice, prevenci a léčbě*, Klinická farmakologie a farmacie, roč. 20, č. 3, 2006, s. 144-148, ISSN: 1212-7973
14. Gučková, M., *Dekubity, jejich prevence a léčba*, Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 3, č. 6, 2007, s. 214-215, ISSN: 1801-1349
15. Škrla, P.; Škrlová, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*, Grada Publishing a.s., 2008, s. 199, ISBN: 80-247-2616-5
16. Tošnerová, T. , *Na pomoc kvalitnímu stáří*, Florence, roč. 2, č. 7-8, 2006, s. 43-47, ISSN: 1801-464X
17. Heřmanová, J., Zvoníčková, M., *Možnosti hodnocení soběstačnosti sestrou*, Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 2, č. 8, 2006, s. 295-297, ISSN: 1801-1349
18. Šimek, J., *Soběstačnost*, Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 2, č. 8, 2006, s. 295-297, ISSN: 1801-1349
19. Zvoníčková, M., Svobodová, H., *Pomoc nemocnému při udržování čistoty a upravenosti a při ochraně pokožky podle Virginie Hendersonové*, Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 2, č. 5, 2006, s. 214-215, ISSN: 1801-1349
20. Pokorný, P., *Kaplan v nemocnici*, Sestra, roč. 17, č. 2, 2007, s. 25, ISSN: 1210-0404
21. Hudáková, Z., *Psychologický přístup v komunikaci s onkologickým pacientem*, Florence, roč. 5, č. 2, 2009, s. 24-26, ISSN: : 1801-464X

22. Švihovec, J.; Škop, B., *Pharminindex Breviř všeobecný*, 16. vydání, Medical Tribune, 2006, 1254s, ISBN: 80-903-7087-6
23. Babjuk, M. a kol., *Konsensuální doporučené postupy v uroonkologii*, Galén, 2009, s. 126, ISBN: 978-80-7262-639-7
24. Fiala, R., *Adenokarcinom prostaty od PSA k terapii*, StudaGeo s. r. o. , 2001, Edice Urolog č. 1/01, s. 213, ISSN: 1211-0795
25. Belej, K., *Transrektální sonografie v diagnostice onemocnění prostaty*, Urologie pro praxi, roč. 10, č. 1, 2009, str. 7-10, ISSN: 1213-1768
26. Kawaciuk, I., *Urologie*, 1. vydání, Galén, Praha, 2009, s. 531, ISBN: 978-80-7262-627-7
27. Urban, M., Nová chirurgická metoda léčby mužské inkontinence pomocí „Argus Adjustable Male Sling“, Urologie pro praxi, roč. 7, č.1 2006, str. 20-23, , ISSN: 1213-1768

## **7. Abecední seznam použitých zkratk:**

aj. – a jiné

CaP- Karcinom prostaty

CD – Kompaktní disk

CT- Computer tomography, počítačová tomografie

č. - číslo

DM 2- diabetes mellitus 2. typu

event. - eventuálně

Gy- Grey

h - hodina

ICHs- ischemická choroba srdeční

l - litr

LHRH- luteinizing hormon releasing hormon, hormon zvyšující vyplavování luteinizačního hormonu

min – minuta

ml - mililitr

NMR- nukleární magnetická rezonance

PDK- pravá dolní končetina

PMK- permanentní močový katétr

příp. - případně

roč. - ročník

RTG- rentgen

SOS- střední odborná škola

t.j. – také jinak

TNM- klasifikace zhoubných nádorů

TRUS- transrektální ultrasonografie

TURP- transuretrální resekce prostaty

TV – televize

tzv. – takzvaný

US- ultrasonografie

USA- United States of America, Spojené státy americké

UZ- ultrazvuk

VŠ- vysoká škola

WHO- World health organization, Světová zdravotnická organizace

µg - -mikrogram

## **8. Seznam příloh:**

- Příloha č.1a Scintigrafické vyšetření skeletu z 3. 4. 2009
- Příloha č. 1b Kontrolní scintigrafické vyšetření skeletu z 10. 11. 2009
- Příloha č. 2a TNM klasifikace nádorů prostaty
- Příloha č. 2b Histologický grading a klinická stadia karcinmu prostaty
- Příloha č. 3 Barthelův test
- Příloha č. 4 Nortonové škála
- Příloha č. 5 Screeningový test rizika pádu
- Příloha č. 6 Vizuální analogová škála bolesti a analgetický žebříček WHO
- Příloha č. 7 Plán péče
- Příloha č. 8 Informační materiály Hospice Litoměřice
- Příloha č. 9 Žádost o přijetí do hospice